

Médecin prescripteur + N° INAMI + signature

Badge du patient

**4CDM** (version 1)

Nom, Prénom : .....  
 Date de naissance : ..... / ..... / .....  
 Adresse : .....

## Biologie Moléculaire Microbiologique

UCL - Cliniques Universitaires Saint-Luc  
 Avenue Hippocrate, 10 - 1200 Bruxelles  
 Centrale Labos : 02 764 67 00 - Laboratoire : 02 764 6726, 6772, 6862

Recherche directe des acides nucléiques (1 seul prélèvement par demande)

Renseignements cliniques :  Urgent

Traitement :  Non  Oui Médicaments ..... Date début : ..... / ..... / ..... Date fin : ..... / ..... / .....  
 Biopsie foie :  Non  Oui Si oui, résultat .....

Renseignements concernant l'échantillon (Tube EDTA de 5 mL de préférence pour HBV et HCV)

Date d'échantillon : ..... / ..... / .....  
 Type d'échantillon :  Plasma EDTA (Tube de 5 mL)  Sérum (éventuellement, pas pour EBV)  Autre .....

### Indications de la demande (Tests de l'article 24bis)

Le CDM décidera des analyses à faire suivant les indications admises par l'arrêté royal du 19 mars 2008 modifié le 01 novembre 2009. Les analyses non remboursées seront facturées.

#### Hépatite B

- 01 HBVADN1 Initiation et suivi de traitement HBsAg+ (max 3)
- 02 HBVADN2 Suivi porteur chronique HBsAg+ (max 2/an)
- 03 HBVADN3 Tests hépatiques anormaux HBsAg+ (max 2/an)
- 04 HBVADN4 Autres indications (à préciser, non remboursé) .....
- 06 HBVSEQ Résistance et/ou génotype (non remboursé)

#### Hépatite C

Sérologie à l'extérieur (+/-) ..... Génotype connu (HCARNGA) .....

Diagnostic d'infection : maximum 1 PCR remboursée

- 11 HCARNQ1 Enfant né de mère HCV positive (1 seul test)
- 12 HCARNQ2 Confirmation de sérologie HCV positive (1 seul test)
- 13 HCARNQ3 Hépatite chez immunodéprimés ou dialysé (dans les 3 mois)
- 14 HCARNQ4 Hépatite après accident avec source HCV+ (dans les 3 mois)

Traitement : maximum 4 PCR remboursées

- 15 HCARNQ5 et HCARNQ6 Bilan pré-traitement (1 seul test génotype/patient)
- 16 HCARNQ6 Suivi du traitement à 3 mois
- 17 HCARNQ61 Fin du traitement
- 18 HCARNQ62 Suivi à 6 mois post-traitement
- 19 HCARNQ63 Autres suivis remboursés (à ..... mois de / post traitement\*\*)
- 20 HCARNQ8 Suivis ultérieurs ou Autres indications (non remboursé) .....

#### Entérovirus (Poliovirus, Coxsackie A et B, Echovirus)

Culture virale des selles souhaitée si PCR douteuse ou discordante avec la clinique

- 21 ENTARN1 Méningite ou encéphalite (max 1 test/épisode, sur LCR)
- 22 ENTARN2 Péri- ou myocardite (max 2 /épisode, sur biopsie ou sang)
- 23 ENTARN3 Diagnostic prénatal (max 1 test)
- 24 ENTARN4 Autres (à préciser, non remboursé) .....

#### Herpès simplex (Type 1 et 2)

PCR sur sérum souhaitée si PCR sur LCR douteuse ou discordante avec la clinique

- 31 HSVADN1 Suspicion d'encéphalite ou autre atteinte neurologique (max 2 tests par épisode, sur LCR)
- 32 HSVADN2 Atteinte oculaire herpétique (max 2/épisode, liquide oculaire)
- 33 HSVADN3 Herpès néonatal (max 1 test, sur LCR, sang, biopsie)
- 34 HSVADN4 Immunocompromis avec lésion (max 2 sur LCR, biopsie, ...)
- 35 HSVADN5 Autres (à préciser, non remboursé) .....

#### Herpès Zoster (Varicelle et Zona)

- 41 HZVADN1 Signes neurologiques (max 2 tests/épisode, sur LCR)
- 42 HZVADN2 Atteinte oculaire herpétique (max 2/épisode, liquide oculaire)
- 43 HZVADN3 Autres (à préciser, non remboursé) .....

### Autre recherche des acides nucléiques de virus ou bactéries

Prescriptions réservées au superviseur / Analyses non remboursées seront facturées

LCR	Sang total EDTA ***	Biopsie ou Liquide de .....
<input type="checkbox"/> 51 CMVADN Cytomegalovirus (CMV) <input type="checkbox"/> 61 EBVADN Epstein Barr Virus (EBV) <input type="checkbox"/> 71 JCVADN Polyoma JC <input type="checkbox"/> 81 ADVADN Adénovirus <input type="checkbox"/> 100 BORADN Borrelia <input type="checkbox"/> 110 TOXADN* Toxoplasma <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> 51 CMVADN CMV <input type="checkbox"/> 61 EBVADN EBV (sang total indispensable) <input type="checkbox"/> 71 JCVADN Polyoma JC <input type="checkbox"/> 72 BKVADN Polyoma BK <input type="checkbox"/> 81 ADVADN Adénovirus <input type="checkbox"/> 91 PARADN Parvo B19 <input type="checkbox"/> 120 BARADN Bartonella (Peri-endocardite) <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> 51 CMVADN CMV <input type="checkbox"/> 61 EBVADN EBV <input type="checkbox"/> 100 BORADN Borrelia (articulation ou peau) <input type="checkbox"/> 110 TOXADN* Toxoplasma (œil) <input type="checkbox"/> 120 BARADN Bartonella (ganglion, valve cardiaque) <input type="checkbox"/> Autre .....
Liquide amniotique	Urines	Prélèvements respiratoires
<input type="checkbox"/> 51 CMVADN CMV en cas de séroconversion <input type="checkbox"/> 91 PARADN Parvo B19 <input type="checkbox"/> 110 TOXADN* Toxoplasma <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> 71 JCVADN Polyoma JC <input type="checkbox"/> 72 BKVADN Polyoma BK <input type="checkbox"/> 81 ADVADN Adénovirus <input type="checkbox"/> 130 CTRADN Chlamydia trachomatis (****) <input type="checkbox"/> 131 NGOADN Neisseria Gonorrhoeae (****) <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Frottis nasopharyngé <input type="checkbox"/> Frottis nez <input type="checkbox"/> Aspiration nasopharyngée <input type="checkbox"/> Frottis gorge <input type="checkbox"/> LBA <input type="checkbox"/> Expectoration <input type="checkbox"/> AET <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> 140 INAARN Influenza A <input type="checkbox"/> 141 INBARN Influenza B <input type="checkbox"/> 150 COQADN Bordetella para- et pertissis <input type="checkbox"/> Autre .....
* Analyses réalisées en sous-traitance ** Biffer la mention inutile	*** Sérum acceptable sauf pour PCR EBV **** Analyse remboursée, sur urines, frottis génital spécial ou sperme	Les analyses non remboursées sont facturées 50 euros.